

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1930

THÈSE

N^o

124

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moïse GRINSTAIN

Né à Ivesti (Roumanie), le 2 Novembre 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GENGIVECTOMIE

DANS LA

MALADIE DE FAUCHARD

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moïse GRINSTAIN

Né à Ivesti (Roumanie), le 2 Novembre 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GENGIVECTOMIE

DANS LA

MALADIE DE FAUCHARD

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

(LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	II. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
BINET.	Physiologie.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MILLOT.	Histologie.
CHABROL.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgicale.
DONZIELOT.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
FEY.	Urologie.	OLIVIER.	Anatomie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.	RICHET.	Physiologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
HUTINEL.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
JOANNON.	Hygiène.	VELTER.	Ophthalmologie.
JOYEUX.	Parasitologie.	VERNE.	Histologie.
		VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER.	Histologie.
LEQUEUX.	Obstétrique.	ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Eco'e a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON REGRETTÉ FRÈRE

JOSEPH GRUNSTEIN

INGÉNIEUR

MORT PRÉMATURÉMENT A 31 ANS LE 23 AOÛT 1929

JE DÉDIE CE TRAVAIL

*En souvenir ému et reconnaissant de
son aide, de ses conseils, des ses en-
couragements affectueux.*

Introduction

Quelle que soit l'opinion étiologique que l'on ait à l'heure actuelle sur la pyorrhée alvéolaire, il est indéniable qu'une des principales manifestations locales de cette maladie est la suppuration. Dès que la résorption alvéolaire s'amorce, la gencive se décolle et dans le cul-de-sac ainsi constitué l'infection s'installe et évolue, croyons-nous, pour son propre compte.

Toute thérapeutique de cette affection qui ne supprimerait pas les foyers d'infection existant dans les culs-de-sac périodentaires serait incomplète et vouée à un échec certain.

Or, il existe une méthode simple, à la portée de tous les praticiens, capable sinon de guérir cette maladie, du moins de supprimer rapidement le facteur infectieux local et de ralentir ainsi sa marche, avant que des dégâts alvéolaires trop considérables n'aient abouti à la perte définitive de la dentition.

Cette méthode bien française, jadis préconisée par Cruet, et aujourd'hui presque tombée dans l'oubli, est la Gengivectomie, — la résection des culs-de-sac infectés. Cette thérapeutique a l'avantage de

n'exclure ni les traitements généraux, — logiques, mais peu efficaces, — ni la prothèse de contention qui, à elle seule, n'immobiliserait que des dents baignant dans le pus. Ce n'est d'ailleurs que de l'association de ces trois traitements — général, antisympuratif local et prothétique — que nous pouvons attendre la guérison de la maladie de Fauchard, dans les cas avancés.

Les autres méthodes locales, dites médicales, produits caustiques, vaccins, pulvérisations, etc..., toutes très longues, ne donnent pratiquement que des résultats incertains ou franchement négatifs. Il est en effet très difficile de guérir radicalement un clavier, autrement que par sa suppression.

Nous avons employé dans nos recherches deux méthodes : l'une classique, une variante de la méthode de Cruet, et réalisée avec le bistouri ordinaire ; l'autre moderne, s'effectuant avec le bistouri diathermique. Ce sont les résultats comparés de ces deux méthodes que nous avons consignés dans le présent travail.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer, de remercier chaleureusement M. le Docteur Croqfer, Stomatologiste des Hôpitaux, qui nous a suggéré de faire ce travail et qui a bien voulu faire quelques résections au bistouri diathermique.

Nous remercions également MM. les Docteurs L. Hirondel et Vincent, qui ont bien voulu me faciliter la tâche, m'autorisant à faire les résections à la clinique de l'Ecole Française de Stomatologie, dont

nous fûmes l'élève, et au Service de Stomatologie de la Fondation Henri de Rothschild.

Nous sommes enfin très reconnaissant à notre Maître, M. le Professeur Rathery, qui a bien voulu accepter la présidence de notre modeste travail inaugural.

Rappel de quelques notions pratiques concernant la Pyorrhée alvéolo - dentaire

DÉFINITION. — Arthrite suppurée, généralement polyarticulaire, progressant du collet vers l'apex, dans laquelle la notion générale de terrain reste toujours au premier plan et dont la marche est favorisée par l'infection buccale et toutes les causes d'affaiblissement local.

SYMPTOMES. — La maladie, au point de vue symptomatique, est essentiellement caractérisée par les signes ordinaires de l'arthrite (sensibilité ou douleur intra-articulaire, mobilité anormale), auquel viennent s'ajouter d'une part les troubles de la gencive et de la portion alvéolaire du maxillaire ; d'autre part, les manifestations pulpaires.

PRODROMES. — Souvent à très longue échéance, plusieurs années avant le début des accidents. Sensation intermittente de chatouillement, d'agacement, de corps étrangers entre les dents ; les mala-

des font effort d'occlusion sur les mâchoires pour décongestionner les articulations dentaires ; ils se soulagent également par l'usage du cure-dent, qui fait saigner les gencives. Quelquefois même, à ce symptôme s'ajoutent des douleurs névralgiques généralement sourdes dans la zone des nerfs dentaires. Enfin, fréquentes sont les poussées de gingivite interstitielle plus ou moins proliférante. Elles sont symptomatiques de la congestion alvéolaire. Il n'est pas rare que ces poussées congestives prodromiques alternent avec d'autres poussées d'arthrite dans d'autres articulations où avec des manifestations cutanées de l'arthritisme comme l'eczéma (alternances morbides).

Enfin, il peut arriver que la dent la première atteinte se dévie déjà légèrement, ce qui peut plus ou moins gêner l'articulation des mâchoires. On constatera souvent le léger retrait de la gencive, ou encore la formation du cul-de-sac. Dès cette période prodromique la radiographie révèle une décalcification alvéolaire plus ou moins accentuée et plus ou moins étendue.

Signes physiques. — Plusieurs dents sont simultanément atteintes. Ce sont habituellement les incisives, parfois un groupe de molaires, assez souvent la première grosse molaire supérieure, peut-être à cause du voisinage de l'orifice du canal de Stenon : la salive y dépose du tartre plus qu'ailleurs, d'où gingivite et arthrite. Au bord libre de la gencive ap-

paraît un liseré étroit et rougeâtre, un stylet fin dénote déjà un certain décollement et la pression fait sourdre une petite quantité de pus blanc, jaunâtre, surtout au moment du réveil.

Souvent le décollement est déjà profond sans que la gencive ait changé d'aspect. Un calcul salivaire peut adhérer au collet de la dent, mais l'on est étonné de l'étendue du décollement qui ne se limite pas au volume de ce calcul.

La maladie continuant à évoluer, la rougeur de la gencive devient plus accentuée et on remarque autant de petites bandes rouges, verticales sur la muqueuse, qu'il y a de dents atteintes. Le bord libre de cette gencive s'épaissit au niveau du collet de la dent atteinte et devient le siège de fongosités saignantes, occasionnant de petites hémorragies faibles mais fréquentes ; les malades se réveillent souvent le matin la bouche pleine de sang.

Quelquefois on trouve au lieu de fongosités saignantes des ulcérations marginales, grisâtres, reposant sur un tissu violacé, tuméfié et ramolli. La raréfaction alvéolaire se caractérise nettement sur l'épreuve radiographique, avec un épaissement ligamenteux plus ou moins diffus. La salive est généralement alcaline.

Signes fonctionnels. — A ce moment, la malade qui tout d'abord n'était pas douloureuse, prend un caractère un peu plus pénible, en même temps qu'un faible ébranlement devient perceptible.

Les malades se plaignent d'une sensation de chaleur de la bouche jointe à une saveur âcre. Le thermomètre accuse d'ailleurs une élévation réelle de la température buccale et on peut noter une différence de un à deux degrés avec la température axillaire. L'haleine est chaude ; elle devient rapidement fétide, elle a une fadeur particulière. Les sujets éprouvent un besoin plus impérieux encore du cure-dent. La pression des dents faisant sourdre le pus peut aussi produire un certain soulagement.

ETAT. — *Signes fonctionnnels.* — Les accidents surviennent par sorte de crises, avec des douleurs plus ou moins fortes. La douleur est exaltée par les changements de température et sous l'influence de boissons froides ou chaudes. Les irritations douloureuses sont toujours d'origine pulpaire.

Signes physiques. — L'avéole est en pleine suppuration, la dent est plus ou moins ébranlée et un stylet peut pénétrer dans l'alvéole et percevoir au contact les lésions que nous avons décrites plus haut. La dent semble s'allonger par égression, mais on comprend que son ébranlement soit plus ou moins considérable suivant qu'elle est uni ou multi-radiculée.

De petites fistulettes font souvent à ce moment communiquer l'apex de la racine avec l'extérieur ; l'haleine est de plus en plus fétide et une salivation abondante peut fatiguer les malades, la mastica-

tion des aliments est pour eux un supplice. Il existe ainsi un certain nombre de poussées aiguës survenant au cours de périodes quelquefois longues de rémission et l'on arrive peu à peu à la terminaison.

TERMINAISON. — A cette période extrême la dent dénudée dans toute l'étendue de sa racine ne tient plus à la mâchoire que par quelques adhérences fibreuses. La gencive est largement décollée et la dent très mobile et noirâtre ou bleuâtre. La pulpe est nécrosée.

Après un laps de temps variable, pendant lequel sont survenues plusieurs crises, la suppuration et la mobilité vont toujours en augmentant, la chute de la dent survient enfin, soit à la suite d'un léger choc soit même spontanément.

Ainsi s'achève la maladie par l'expulsion véritable de l'organe malade et la gencive revient ensuite sur elle-même, se cicatrise rapidement et ne laisse aucune trace de la lésion dentaire.

MARCHE. — 1°) Tantôt et ordinairement, marche chronique avec poussées aiguës irrégulièrement intermittente. La maladie peut même évoluer constamment en silence sans la moindre poussée aiguë.

2°) Tantôt marche aiguë.

Tandis que, dans la première forme, l'évolution de la maladie est toujours assez lente, dans la deuxième c'est par mois qu'il faut compter. Chez le dia-

bétique la maladie suit avec une régularité remarquable la marche même du diabète.

Souvent, dans la même bouche plusieurs dents peuvent être atteintes à des stades différents, intriquant les symptômes de chaque stade.

COMPLICATIONS. — Quelques complications peuvent survenir dans le cours de cette affection. Il est très important de savoir que simple ou compliquée elle aggrave singulièrement le pronostic des grandes opérations gastro-intestinales.

Accidents flegmoneux. — Ils déterminent parfois une fièvre vive ; les phénomènes généraux sont graves, ordinairement leur durée est plus longue que dans la carie. Souvent les abcès sont suivis de fistules avec élimination de séquestres. Enfin, on a vu de vastes flegmons de la joue succéder à une fluxion produite par l'arthrite alvéolo-dentaire.

Adénite sous-maxillaire. — Accident très fréquent survenant à une période déjà avancée.

Gengivo-stomatites ulcéreuses, plus ou moins étendues.

Accidents osseux. — Fistules intarissables, séquestres plus ou moins volumineux surtout chez les débilités. Quelquefois nécrose totale de l'os chez les surmenés.

Accidents de septicémie chronique. — Marquée par des accidents dyspeptiques et gastro-intesti-

naux,, de la diarrhée, de l'amaigrissement rapide. C'est un état sub-infectieux dû à des décharges constantes de torines d'origine buccale dans le torrent circulatoire.

Gastrite septique de Hunter ; septicémie phlébitique caractérisée par des œdèmes mobiles et de crises douloureuses paroxystiques, accès d'asthme, phénomènes infectieux pleuro-pulmonaires.

Carcinose. — Un cas signalé par Galippe.

DIAGNOSTIC. — L'arthrite dentaire est en général une affection que les symptômes locaux peuvent assez facilement faire diagnostiquer, le signe véritablement pathognomonique est le cul-de-sac suppurant. D'autre part, la maladie présente comme physionomie particulière sa relation avec l'état général.

On ne confondra pas ces symptômes avec :

1°) *Les gengivites* : elles n'occupent jamais un point isolé de la bouche ou plusieurs points séparément ; elles envahissent une région plus ou moins étendue, ou la totalité des arcades dentaires, de plus l'inflammation n'envahit pas l'intérieur même de l'alvéole ; d'ailleurs, la marche et la terminaison sont absolument différentes.

2°) *Les stomatites*, qui se différencient par leurs causes spéciales, leur siège et leur symptomatologie.

3°). *L'arthrite*, simple, aiguë ou chronique, complique ordinairement une carie du quatrième degré. L'inflammation marche de l'apex vers le collet. La polyarthrite se manifeste en général au niveau des dents non cariées et elle ne se limite pas à une seule dent.

PRONOSTIC. — Sérieux, au point de vue dentaire, du moins si on n'intervient pas à temps.

La Gengivectomie

Les résultats absolument remarquables que l'on peut obtenir par un traitement local rationnel de la Pyorrhée alvéolaire, reposent sur ce fait d'observation, qu'une dent, que des dents peuvent rester dans la bouche avec un degré de solidité suffisant pour remplir leur fonction alors même qu'elles ne sont plus maintenues en place que par une portion très réduite de tissu alvéolaire et de ligament sain. On peut affirmer que la moitié, qu'un tiers même de la surface saine de la racine permet de conserver l'organe, à conditions que la maladie soit enrayée et la suppuration tarie. On voit donc dans quelles larges limites l'intervention thérapeutique peut se produire et qu'elle doit être tentée pour ainsi dire dans tous les cas. Ni l'abondance de la suppuration, ni l'étendue des décollements gingivaux, ni la mobilité extrême des dents, ne suffisent à justifier l'abstention, mais il faut dans ces cas extrêmes, faire suivre la gengivectomie d'une prothèse de contention et si possible d'un traitement général.

La résorption progressive des alvéoles s'entretient et s'aggrave, parce que les microorganismes trou-

vent dans les clapiers, dans les culs-de-sac formés par le décollement gingival des conditions favorables pour pulluler et se développer à l'infini. Si l'on supprime la gencive décollée, sur toute la hauteur et la largeur du cul-de-sac, on aura pris ainsi le chemin le plus court pour arriver au but ; la suppuration n'ayant plus de siège, ne tardera pas à se tarir et l'observation démontre que la résorption alvéolaire s'arrête.

Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner de voir au bout de très peu de temps les bouches qui semblaient les plus atteintes, reprendre un aspect de santé inaccoutumé et qui toujours étonne.

Les principes du traitement local de la pyorrhée alvéolaire sont faciles à établir : en 1786, Bourdet les avait déduits de l'observation directe avec une grande force : il faut détruire en totalité le cul-de-sac gingival siège de la suppuration. Cruet a exposé les mêmes idées et préconisé en même temps le procédé qui lui paraissait le plus sûr et le plus rapide pour obtenir la guérison. Cette méthode qu'il préconisait sous le nom de traitement chirurgical, la voici :

Avec une paire de ciseaux droits et aigus, l'une des branches étant introduites entre la gencive et la dent, on fait une section verticale jusqu'au fond du sillon de décollement ; avec des ciseaux courbes, on sectionne les lambeaux latéraux, toujours le plus près possible de la limite du décollement. Le fer rouge (thermo-ou galvano-cautère) énergiquement promené sur le bord de la plaie fait le reste. L'opération

achevée, il ne reste qu'à pratiquer des lavages antiseptiques. Quelques cautérisations supplémentaires peuvent être nécessaires ; la guérison est rapide et se fait en 15 jours à trois semaines. La dent reste naturellement découverte sur une plus ou moins grande hauteur de sa racine.

La suppression de la gencive à la partie antérieure des dents est simple et facile par le procédé ci-dessus décrit, mais il n'en est pas de même en arrière pour les prémolaires et molaires ; pour ces dents, on peut se servir exclusivement du thermo-ou galvano caustère, qui accomplit toute la besogne, sans l'intermédiaire de ciseaux (Cruet).

Il est entendu que dans le maniement de cet instrument, on prendra les précautions nécessaires pour ne brûler ni les lèvres ni les joues, ni la langue, surtout lorsque l'on opère au fond de la bouche.

Avant de commencer l'opération, il est bon de s'assurer par un examen très attentif (pression avec le doigt) des points où se fait la suppuration, de mesurer la profondeur et l'étendue du décollement gingival dans toutes les directions ; cela fait il ne faut plus hésiter à fouiller les clapiers dans toutes leur étendue et à plusieurs reprises en même temps qu'on détruit la gencive. En réalité, c'est la suppression qui guide l'intervention et il faut intervenir partout où l'examen en révèle la moindre trace.

Il est rare que sur une dent déterminée l'opération si elle a été faite à fond ait besoin d'être répétée plu-

sieurs fois ; autour des prémolaires et molaires cependant des retouches peuvent être utiles.

L'opération principale doit être précédée du nettoyage complet et minutieux des dents, car il faut enlever jusqu'à la dernière parcelle du tartre, qui descend parfois très profondément sur les racines. Cet enlèvement total du tartre doit non seulement précéder l'opération, mais la suivre encore, car il est extrêmement difficile d'en atteindre toutes les parties lorsque la racine est encore recouverte de gencive.

Nous avons remplacé dans nos expériences les ciseaux (délaisés même par Cruet) par le bistouri ordinaire et le thermomètre par un instrument bien moderne, le bistouri diathermique.

Voici notre technique dans le premier cas :

Dans un premier temps nous procédons à un détartrage minutieux de toutes les dents. Nous recommandons au malade de se brosser très énergiquement les dents dans les jours qui précèdent la résection gingivale. En règle générale, nous ne réséquons jamais plus d'un tiers de maxillaire à la fois, les résections plus étendues étant très douloureuses. Chez les sujets hypersensibles, il est même bon de ne pas dépasser deux dents à la fois.

Le instruments nécessaires sont :

1 seringue pour anesthésie dentaire,	}	le tout stérilisé.
1 bistouri ordinaire,		
1 curette bien tranchante,		
1 grattoir à détartrage,		
1 sonde coudée à angle droit		
compresse,		
1 presselle,		
1 flacon d'acide trichloracétique.		

Après anesthésie locale de la gencive avec de la novocaïne à 2 %, nous traçons avec le bistouri l'incision de la muqueuse que nous devons enlever. Cette incision nous la faisons « à la demande des lésions » après avoir exploré la profondeur du cul-de-sac. La curette nous sert pour enlever la gencive. Les languettes interdentaires sont sectionnées au bistouri et enlevées au grattoir. Une fois la muqueuse enlevée, nous faisons une application énergique d'acide trichloracétique.

Après chaque résection, nous faisons au malade les recommandations suivantes :

1° 5 à 6 fois par jour, dont une fois après chaque repas faire de grands bains de bouche avec une cuillerée à café de :

Hydrate de chloral	6 grammes
Essence de menthe	} à 5 gouttes
Essence de badiane	
Eau distillée Q. S.	150 grammes.

2° Après chaque repas faire un brossage énergique des dents avec une pâte dentifrice au novarsénobenzol.

3° Après chaque brossage appliquer sur la muqueuse avec un peu de coton le collutoire suivant :

Novarsénobenzol	15 centigrammes
Glycérine	5 grammes

Ces recommandations sont valables pour les trois à quatre jours qui suivent l'intervention.

Pour les résections au bistouri diathermique, nous nous sommes servis d'un appareil à ondes entretenues qu'on a bien voulu mettre à notre disposition. On sait que la section des tissus est due à un véritable éclatement cellulaire réalisé par la grande intensité du courant de haute fréquence qui traverse chaque unité de surface.

L'électrode active est constituée d'une anse courbée à angle droit, très commode pour explorer même les espaces interdentaires. L'hémostase est instantanée. Pour protéger la joue, les lèvres et la langue, nous nous sommes servis d'un simple abaisse-langue en bois. Le malade est assis sur l'électrode négative. Une fois l'intensité de l'appareil réglée, il suffit de promener l'électrode active au contact des tissus que l'on veut détruire. La muqueuse blanchit instantanément. Le coagulum peut être enlevé de suite, ou on peut attendre son élimination spontanée.

Résultats

Nous avons fait en tout, 16 résections dont 7 au bistouri diathermique et 9 au bistouri ordinaire.

La douleur post-opératoire dépend moins du procédé employé, que de l'étendue de la résection et de la sensibilité du sujet. (Les femmes nous ont paru souffrir plus que les hommes). Cependant chaque fois que nous avons pu employer les 2 méthodes chez le même sujet, ce dernier nous a toujours dit avoir moins souffert lors de la résection au bistouri ordinaire.

Nous avons signalé (observations n° 1 et n° 6) avoir retiré 2 petits sequestres après résection diathermique. Notre technique aurait-elle été défectueuse ? Nous ne le croyons pas. C'est le constructeur même de l'appareil qui réglait l'intensité pendant les résections. Nous supposons plutôt que c'est le principe même de la coagulation monopolaire qui en est cause. La résistance des tissus au courant variant d'un sujet à l'autre, on ne peut pas savoir d'avance jusqu'à quelle profondeur les tissus seront détruits. Si, dans la destruction des clapiers, une certaine action en profondeur est utile, il ne faut

cependant pas que cette destruction dépasse son but et s'exerce sur des tissus sains. Voilà pourquoi nous estimons qu'il ne faut se servir que de petites intensités.

Nous n'avons jamais remarqué des douleurs pulpaires à la suite des résections électriques. Nous estimons qu'en enlevant le coagulum aussitôt, la cicatrisation est plus rapide.

L'intervention est-elle plus facile au bistouri électrique ? Oui, si nous tenons compte de l'hémostase instantanée et de la forme de l'électrode active qui se prête admirablement à la destruction gingivale autour de n'importe quelle dent et même dans les espaces interdentaires.

Il ne fait pas de doute qu'avec le bistouri et la curette ordinaire, il est assez difficile d'opérer sur la face linguale des dents inférieures. Avec un peu de patience, on arrive cependant à surmonter ces difficultés. Nous estimons qu'avec quelques instruments construits « ad hoc », la résection pourrait facilement être pratiquée par les opérateurs les moins expérimentés.

La cicatrisation est-elle plus rapide avec l'un des 2 procédés ? Nous ne le croyons pas. Il faut dans les deux cas deux à trois semaines pour arriver à une guérison parfaite. Nous entendons par guérison parfaite la disparition des clapiers et du pus et l'apparition d'un tissu de remplacement sain et ferme entourant les dents. Cette guérison, nous l'avons systé-

matiquement obtenue pour l'étendue réséquée et ceci indépendamment de la méthode employée.

La mobilité est-elle améliorée ? Nous croyons qu'il faut distinguer suivant que cette mobilité est due à une importante destruction alvéolaire et dans ce cas aucune amélioration n'a été notée, la résection gingivale ne faisant pas repousser l'os, ou à la simple distension ligamentaire due à une arthrite aiguë surajoutée, associée à une alvéolyse modérée et dans ce cas la consolidation ou tout au moins une amélioration a toujours été obtenue.

Signalons enfin une remarquable amélioration de l'état général obtenue tantôt après la simple résection, tantôt après un traitement médical concomitant.

En résumé, par l'une ou par l'autre méthode, nous sommes toujours arrivés au résultat désiré, à savoir la suppression des clapiers et de la suppuration qui s'ensuivait.

Observations

OBSERVATION I

Mme Sev. Al., Il s'agit d'une malade âgée de 69 ans, dans les antécédents de laquelle sauf une sinusite et une otite, il n'y a rien à signaler. Mariée, elle est mère de 4 enfants tous vivants et bien portants.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, elle jouit d'une dentition parfaite, mais entre 40 et 50 ans, elle a perdu toutes les dents du haut et les deux dents de 12 ans du bas. Toutes se déchaussèrent d'abord, s'ébranlèrent par la suite et finirent par tomber.

Lorsque nous examinons la bouche de la malade, nous constatons que les dents restantes sont toutes déchaussées et légèrement mobiles. Les languettes interdentaires sont ou absentes ou diminuées de volume, l'exploration à la sonde nous fait constater la présence de culs-de-sac dont la profondeur varie de 3 à 6 m/m. Un peu de pus s'écoule à la pression sur la gencive. La malade se plaint d'une sensation d'agacement et d'allongement de ses dents. Enfin, la présence de tartre principalement

sur la face linguale des incisives complète le tableau.

Le 31 octobre 1929, nous procédons à un détartrage énergique.

Le 13 novembre, résection au bistouri diathermique des faces vestibulaire et linguale de la gencive correspondant aux dents suivantes :

g^6 , g^5 , g^4 et g^2 .

Légère sensibilité pendant l'intervention.

Le 15 novembre. Deux jours après l'intervention, nous revoyons la malade, qui nous raconte que dans l'après-midi qui a suivi la résection, elle éprouva un malaise qui joint à la douleur buccale, l'obligea à s'aliter. A l'inspection nous constatons un léger œdème. La pression locale est douloureuse.

Le 20 novembre, elle nous dit qu'elle a vivement souffert ces jours derniers et qu'elle fut obligée de se calmer avec des cachets. A l'inspection locale, nous constatons des fausses membranes sur le coagulum. Nous lui recommandons une hygiène buccale très sévère.

Le 27 novembre, deux semaines après l'intervention, les douleurs ont cessé. Le coagulum est tombé. Nous apercevons un sillon d'élimination osseuse.

Le 4 décembre, nous enlevons un petit sequestre, dans le vestibule devant g⁴ et g⁵. Depuis le 27 novembre, les douleurs ne sont pas reparues.

Le 11 décembre, la plaie est cicatrisée, les culs-de-sac ont disparu.

OBSERVATION II

M. Trof... S. Le malade, âgé de 30 ans, étudiant, nous signale dans ses antécédents de l'entérite depuis le jeune âge. Sa sœur, actuellement âgée de 35 ans, est pyorrhéique et sa mère aurait perdu ses dents pour la même cause.

L'examen local nous a montré une excellente dentition. Toutes les dents sont présentes, aucune carie. Les languettes interdentaires du bas sont congestionnées. Autour de ses dents, la sonde pénètre de 3 à 4 m/m. Les gencives saignent facilement. Les incisives inférieures sont un peu mobiles et présentent du tartre sur leur face linguale.

Le 9 novembre 1929, nous lui faisons un détartrage.

Le 13 novembre, résection électrique des faces linguale et vestibulaire de la gencive correspondant aux dents suivantes : g⁸, g⁷, g⁶, g⁵, g⁴, g³, g², g¹.

Le 16 novembre, le malade nous signale qu'il a beaucoup souffert depuis l'intervention. Le coagulum est présent; un peu d'œdème de la région réséquée.

Le 19 novembre, le coagulum se détache. Une petite hémorragie est vite vaincue par l'eau oxygénée. Le malade continue à souffrir.

Le 20 novembre, la muqueuse est rose et bourgeonnante. Légère douleur à la pression.

Le 27 novembre, cicatrisation avancée.

Le 14 janvier, guérison locale parfaite de la région opérée. Nous réséquons au bistouri ordinaire la gencive de d¹, d² et d³ (face linguale et vestibulaire).

Le 18 janvier, le malade nous dit qu'il a simplement éprouvé, à la suite de la résection du 14 janvier, une légère gêne dans l'après-midi suivant l'intervention. Depuis, aucune douleur. La muqueuse est rose. La cicatrisation est en cours.

Le 8 février, la région opérée le 14 janvier est parfaitement guérie. Nous réséquons au bistouri ordinaire les 2 faces de d⁴, d⁵, d⁶, d⁷ et d⁸.

Le 19 février, la cicatrisation de la dernière partie opérée est presque terminée.

Le pus et les clapiers ont totalement disparu de la mâchoire inférieure.

Le malade nous signale en outre une amélioration de son état général.

OBSERVATION III

M. Zio... Robert. Le patient, âgé de 56 ans, ingénieur-chimiste, nous signale dans ses antécédents de la bronchite et de l'entérite chronique.

L'examen bucco-dentaire nous montre l'absence de d⁵, d⁶, d⁷, d⁸, g⁶, g⁷ et g⁸. A la mâchoire supérieure, il manque G⁴, G⁵, G⁶ et G⁷. La pyorrhée avait fait son œuvre, en trois ans le malade a perdu 11 dents. En mai 1929, on lui a réséqué au bistouri ordinaire les gencives correspondant à d⁴, d³, d², d¹ et g¹. En novembre, lorsque nous examinons le malade, aucune trace de culs-de-sac au niveau de la région réséquée. Par contre, au niveau des dents restantes, la sonde pénètre facilement de 5 m/m environ. La gencive est congestionnée, du pus s'échappe à la pression.

Le 13 novembre, nous réséquons au bistouri électrique les gencives de g², g³ et g⁴ (face vestibulaire et linguale). Vive sensibilité pendant l'intervention.

Le 16 novembre, le coagulum est encore présent.

Il y a un peu d'œdème. Le malade a vivement souffert depuis l'intervention, beaucoup plus, nous dit-il, que lors de la première intervention au bistouri ordinaire.

Le 11 décembre, la cicatrisation est parfaite.

OBSERVATION IV

M. Ol... Lucien, représentant de commerce. Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, qui nous signale dans ses antécédents une névralgie sus-orbitaire datant de 20 ans.

L'examen local nous montre le tableau d'une pyorrhée assez avancée. La plupart des dents sont mobiles, mais principalement les incisives inférieures. Bouche non soignée, encombrée de tartre. Les gencives sont violacées, de profonds culs-de-sac existent autour des dents et laissant sourdre du pus à la pression. Disparition des languettes interdentaires des incisives inférieures. Après détartrage énergique, nous procédons :

Le 6 novembre 1929, à la gengivectomie vestibulaire de d⁶, d⁵, d² et d³.

Le 8/11, le malade nous déclare ne pas avoir souffert, sauf dans l'après-midi après l'intervention. Le coagulum est présent. Œdème local.

Le 13/11, le coagulum est toujours présent.

Nous réséquons toujours au bistouri diathermique, la face linguale des gencives correspondants aux mêmes dents.

Le 20/11, le coagulum vestibulaire n'existe plus.

Un tissu rose, bourgeonnant le remplace. La pression est encore douloureuse.

Le 27/11, le second coagulum a disparu à son tour remplacé par du tissu cicatriciel.

Le 3/1/30. Cicatrisation locale totale. Disparition des culs-re-sac et du pus sur le territoire réséquée.

Dans l'ensemble peu de douleur.

OBSERVATION V

Chab... R..., gardien de la paix. Il s'agit d'un homme de 38 ans, dans le passé duquel je note de la dyspepsie depuis 8 ans. En outre, en 1924, il a contracté la syphilis.

L'examen local nous montre la présence de presque toutes les dents sauf G8 extraite pour carie avancée et d8 pour mobilité exagérée. Tartre très abondant ; gencives congestionnées. Nombreux culs-de-sac péri-dentaires et pus. Après détartrage nous procédons.

Le 6/11/29 à la gengivectomie diathermique de d₇, d₆, d₅, d₄ et d₃ (face vestibulaire et linguale). Le malade revu

le 8/11, nous dit avoir un peu souffert le soir de l'intervention.

Le 4/12, la plaie est cicatrisée. Les culs-de-sac ont disparu.

Le 11/12, nouvelle résection diathermique de g⁷ et g⁸.

Le 8/1. Cicatrisation parfaite des culs-de-sac réséqués. Gencive rose et ferme, entourant solidement les collets des dents. La dyspepsie est améliorée, le malade suit depuis peu un régime et prend une médication alcaline.

OBSERVATION VI

M. Li. T. Ho... Le patient, de nationalité chinoise, âgé de 29 ans, est étudiant en médecine.

Dans ses antécédents nous notons de l'acné depuis 15 ans : sa mère est bacillaire.

Depuis un an, il se plaint d'agacement de ses dents.

Actuellement, toutes ses dents sont présentes. Deux caries obturées sur G₄ et D₇. Présence de tartre, surtout sur la face linguale des incisives infé-

rieures. Les languettes gingivales interdentaires sont congestionnées. Les incisives inférieures sont légèrement mobiles et entourées de culs-de-sac d'environ 5 m/m de profondeur. A la pression des gencives, nous faisons sourdre du pus. Les prémolaires inférieures sont également touchées.

Le 7/12/29. Détartrage complet de toutes les dents.

Le 11/12, résection au bistouri diathermique de d₂, d₁, g₁, et g₂ (face vestibulaire et linguale). Aucune sensibilité pendant la résection. Le coagulum est enlevé de suite.

Le 14/12; la cicatrisation est en bonne voie. Présence de tissu rose et bourgeonnant. Le malade nous raconte qu'il a peu souffert après l'intervention. Actuellement il ne souffre plus du tout.

Le 18/12, la cicatrisation est avancée. Il y a encore un peu de sensibilité à la pression.

Le 6/1/1930, nous enlevons un petit séquestre se trouvant sur la face vestibulaire devant g₁ et g₂. Par ailleurs, le nouveau tissu est rose et ferme.

Le 13/1/30. Résection au bistouri ordinaire de g₄ et g₅.

Le 17/1. Le malade dit qu'il a éprouvé une très légère gêne dans l'après-midi du 13/1. Aujourd'hui tissu de cicatrisation en formation.

Le 30/1. Cicatrisation parfaite partout où nous avons réséqué. Ni culs-de-sac, ni pus.

OBSERVATION VII

Mme Cont... Anna, sans profession. Notre patiente, âgée de 45 ans, n'a jamais été sérieusement malade. Elle se plaint de vagues douleurs rhumatoïdes. Elle suit assez irrégulièrement un régime pour dyspepsie. Mariée, elle a un fils de 25 ans, bien portant.

Jusqu'en 1926, sa dentition est normale. Deux ans après la ménopause, elle remarque que ses dents s'écartent et se mobilisent. Les gencives saignent lors du brossage. L'haleine devient mauvaise et elle constate qu'au réveil elle a du pus dans la bouche. Au maxillaire supérieur sauf G3, G2, D2, D3 et D5, elles-mêmes très compromises, les autres dents ont été extraites pour mobilité exagérée. Au maxillaire inférieur, toutes les dents sont présentes. Les languettes interdentaires des incisives et canines — qui sont très déchaussées — sont absentes, les autres sont congestionnées. Toutes les dents qui lui restent en bouche sont mobiles et entourées de profonds culs-de-sac. Notons enfin la présence de tartre.

Le 6/1/1930. Détartrage.

Le 10/1 Résection au bistouri ordinaire de d3, d2, d1, g1, g2 et g3 (face vestibulaire et linguale).

Le 14/1, la malade nous raconte qu'elle a souffert dans l'après-midi suivant l'intervention. Aujourd'hui, elle ne souffre plus et on remarque que la cicatrisation commence.

Le 17/1, elle ne souffre toujours pas. Présence de tissu de néoformation.

Le 25/1, Guérison parfaite de la première gengivectomie. Nous réséquons au bistouri ordinaire d4, d5, d6 et d7 (les 2 faces).

Le 1/2. La malade nous dit avoir souffert moins que la première fois.

Le 8/2. Guérison entière partout où nous avons réséqué les culs-de-sac.

OBSERVATION VIII

Mme Bours.... Ma..., sans profession. Agée de 34 ans, cette personne n'a rien à me signaler dans ses antécédents, sauf de la constipation chronique. Elle est mariée, sans enfants. Son père âgé de 60 ans, est rhumatisant. Sa mère âgée de 58 ans, est dyspeptique et a perdu ses dents pour pyorrhée à partir de 40 ans. Depuis deux ans, elle s'est aperçu que ses dents se déchaussent, depuis un an les phénomènes se précipitent. Ses dents l'agacent, lui paraissent plus longues, les gencives saignent facilement. Elle fait de fréquentes poussées de gingivite.

Actuellement, sauf d6 extraite pour carie, toutes les autres dents sont présentes. G6 est couronnée, g6 et g7 sont obturées avec des inlays. Il y a du tartre abondant. Toutes les dents sont déchaussées, les incisives supérieures et inférieures sont mobiles.

A la sonde, nous pénétrons facilement de 3 à 5 m/m, autour de toutes les dents, mais plus profondément au niveau des incisives inférieures. A la pression, nous faisons sourdre du pus.

Le 3/1/1930, détartrage minutieux.

Le 9/1. Résection au bistouri ordinaire de g3, g2, g1, d1, d2 et d3 (face vestibulaire et linguale).

Le 14/1. La malade dit avoir vivement souffert les 2 jours qui ont suivi la résection. Actuellement, elle ne souffre plus. La cicatrisation est amorcée.

Le 18/1. Présence de tissu rose et bourgeonnant.
Plus de douleur.

Le 1/2. Guérison parfaite de l'étendue réséquée.

OBSERVATION IX

M. Per... M..., 24 ans.

Il s'agit d'un jeune ouvrier, qui me signale dans ses antécédents un ictère catarrhal à 21 ans.

Le début de sa pyorrhée remonte à 2 mois, après l'ictère. Déchaussement progressif, agacement, ap-

parition de pus. Il aurait été hospitalisé il y a 2 ans à Lariboisière, où on lui fait localement des applications de novarsénobenzol, sans grand résultat.

Actuellement, les gencives sont congestionnées et saignent facilement. Les incisives sont déchaussées et mobiles. Des culs-de-sac de 3 à 5 m/m de profondeur se trouvent à leur face vestibulaire. G4, D3 et d6 ont été extraites pour caries. D7 et d7 sont cariées.

Le 16/12 le Dr Vincent lui fait un prélèvement bactériologique gingival. Résultat de l'ensemencement : staphylocoque. Gram négatif.

Le 27, 28 et 29/1, on lui fait 3 injections de bactériophage.

Le 28/1. Après détartrage, nous réséquons la face vestibulaire de la gencive de d3, d2, d1, g1, g2 et g3 au bistouri ordinaire.

Le 31/1, le malade nous dit qu'il a pu très bien dormir après l'intervention exécutée le 28/1 à 21 heures. Il a éprouvé une simple gêne le lendemain.

Le 8/2 la plaie est entièrement guérie.

Le malade accuse en outre un état de bien-être qu'il attribue aux piqûres de bactériophage.

OBSERVATION X

M. Duc... Ro..., ajusteur.

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans. Je note dans ses antécédents une pleurésie consécutive à une blessure de guerre par éclat d'obus. Depuis son jeune âge il est dyspeptique et rhumatisant chronique. Sa mère est aussi pyorrhéique et rhumatisante.

Le début de sa pyorrhée remonte à un an et demi. Il remarque que G4 s'allonge et quoique non cariée elle devient sensible aux variations thermiques. Les autres dents commencent à se déchausser. Depuis un an il a constaté la présence de pus.

Actuellement, il lui manque G5 et D5, extraites pour caries. Toutes les autres dents sont présentes et en bon état. Malheureusement, la gencive qui les entoure, loin d'être ferme, laisse facilement pénétrer notre sonde d'un demi centimètre et plus, principalement au niveau des incisives supérieures et inférieures qui sont très mobiles.

Le 28/11/29 on lui fait un détartrage.

Un prélèvement gingival montre du staphylocoque. Gram négatif (D^r Vincent).

Le 9, 10 et 11/1 on lui fait 3 injections de bactériophage.

Le 16/1. Résection gingivale au bistouri ordinaire de d2, d1, g2 et g3.

Le 30/1. Nouvelle résection des faces vestibulaire et linguale de D3, D2, D1, G1, G2 et G3.

Le 3/2, le malade nous dit avoir un peu souffert, mais qu'il a pu, malgré cela, faire son travail, dans l'après-midi qui a suivi la résection.

Le 8/2. La cicatrisation est très avancée. Certaines languettes interdentaires repoussent.

Le malade est remarquablement amélioré au point de vue général. Moins asthénique, ses douleurs rhumatismales ont disparu et sa dyspepsie est très améliorée.

Conclusions

1° La Gengivectomie est l'intervention de choix qu'il faut pratiquer pour supprimer rapidement et radicalement les culs-de-sac périodentaires infectés.

2° Plus on la pratique tôt, plus on aura de chances de se dispenser d'une prothèse de contention.

3° Elle n'exclue pas un traitement général, mais à elle seule elle est capable d'enrayer pour un certain temps la marche de la maladie.

4° Pratiquée au bistouri ordinaire ou au bistouri diathermique, les résultats obtenus sont les mêmes.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu, le Président :

RATHERY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

BOURDET. — Traité de l'art du dentiste, 1786.

CRUET. — Journal des Connaissances médicales,
1888, p. 291.

— Traitement chirurgical de l'ostéo-périostite.

— Hygiène et thérapeutique des maladies de la
bouche, 1899, chez Masson et C^{ie}.

FREY ET RUPPE. — Pathologie des dents et de la
bouche, p. 147.

Limoges, Imprim rie Commerciale PERRETTE

